

## Comunicación en Educación.

Resúmenes y posters presentado en la Jornada de Residentes. "Portafolio Reflexivo del Residente". XIX Congreso Uruguayo de Anestesiología, 2015.

Dra. Marta Olivera\*, Dr. Federico Arzaguet\*\*, Dra. Leticia Duarte\*\*, Dr. Gastón Duarte\*\*, Dra. Lorena Dentella\*\*, Dra. Bernarda Acuña\*\*, Dra. Patricia Balian\*\*, Dra. Andrea Gastelú Duarte\*\*

\* Profesora Adjunta. Departamento y Cátedra y de Anestesiología del Uruguay. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

\*\* Residente. Departamento y Cátedra de Anestesiología del Uruguay. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay

Correspondencia: Dra. Marta Olivera.  
Correo electrónico: martaol@adinet.com.uy

Trabajo recibido: 4 de marzo de 2015  
Trabajo aceptado: 14 de abril de 2015

En el XIX Congreso Uruguayo de Anestesiología realizado entre el 24 y el 26 de Abril de 2015, se presentaron los primeros resultados de la implementación del "Portafolio Reflexivo del Residente" en la Cátedra y Departamento de Anestesiología de la República Oriental del Uruguay.

Contamos con la presencia del Dr. Eduardo Durante, Director de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud, del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires con quien compartimos la jornada de residentes. En esta instancia educativa fueron presentados públicamente, analizados y discutidos veinte trabajos. El debate con colegas, estudiantes y docentes, contribuyó al crecimiento personal y profesional de todos los participantes.

Estos documentos están basados en casos clínicos o en acontecimientos que le ocurrieron a un paciente o al residente que generaron una duda, una preocupación a partir de la cual reflexiona. Lo que le permite tener una mirada crítica y realizar un plan de aprendizaje que lo conduzca hacia la creación de nuevo conocimiento, o hacia la sabiduría de cambiar lo que se puede modificar en el aprendizaje.

Buscamos fortalecer todas las instancias educativas que le brinda la vida cotidiana al estudiante, aprender y enseñar desde nuestro lugar de trabajo, de esta manera desarrollamos la capacidad de detectar y trabajar adecuadamente sobre los problemas

reales que hay que resolver. Este contacto directo con la práctica tiene un fuerte impacto en el aprendizaje (Listovsky, G., 2006).

El trabajo con portafolios permite documentar el desarrollo personal y profesional de cada estudiante (Lyons, N., 2003), así como mostrarlos como evidencia de lo aprendido.

Se presentan los resúmenes y posters de siete trabajos:

- 1) PARO CARDIORRESPIRATORIO INTRAOPERATORIO.  
Dr. Federico Arzagnet.
- 2) INCIDENTE EN UN CASO.  
Dra. Leticia Duarte.
- 3) PREOXIGENACIÓN. ¿LO HACEMOS BIEN?  
Dr. Duarte, Gastón.
- 4) "ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN Y ALGUNAS MEDIDAS PARA EVITARLOS"  
Dra. Ma. Lorena Dentella Márquez.
- 5) Valoración de la vía aérea en acondroplásicos.  
Dra. Bernarda Acuña
- 6) La radiografía de tórax como rutina en el preoperatorio.  
Dra. Patricia Balian
- 7) Retraso en el despertar  
Dra. Andrea Gastelú Duarte

## **BIBLIOGRAFÍA**

Listovsky G. La formación de formadores. Una aproximación a los procesos de formación en el mundo del trabajo en salud. En: Dabas E. Viviendo Redes. Experiencias y Estrategias para Fortalecer la Trama Social. Buenos Aires: Ediciones Ciccus; 2006. p. 279–300.

Lyons N. El uso de portafolios. Propuestas para un nuevo profesionalismo docente. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2003.

## **Paro cardiorrespiratorio intraoperatorio**

Departamento y Cátedra de Anestesiología.  
"Portafolio Reflexivo del Residente"

Dr. Federico Arzaguet\*

\* Residente. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina.  
Universidad de la República. Uruguay.

Tutora: Prof. Adj. Dra. Marta Olivera

Correspondencia: fedearza@hotmail.com

El trabajo surgió a propósito de un caso clínico. El objetivo del mismo es actualizar los conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar, enfocándome en la dinámica del equipo de reanimación, jerarquizando la importancia del soporte vital básico y la formación y entrenamiento periódicos necesarios para mantener el nivel de conocimientos y habilidades esenciales para el tratamiento del paro cardiorrespiratorio (PCR). Además, y de forma complementaria al tema principal, se detallaron aspectos fundamentales del transporte intrahospitalario del paciente crítico así como del contenido y utilidad del carro de paro.

Una de las cosas que más se debiera resaltar y poner en práctica de la dinámica del equipo de reanimación es la necesidad de cumplir roles claramente definidos ya que dividir la tarea multiplica las probabilidades de éxito.

Por otro lado, es necesario implementar estrategias de actualización continua en reanimación cardiopulmonar mediante simulación de casos, ya que está demostrado que el tiempo desde la última formación es un factor predictivo importante del tratamiento adecuado del PCR.

Del trabajo realizado, en base a lo aprendido mediante búsqueda bibliográfica, surgen como propuestas la realización de jornadas de simulación de casos con el personal de salud y estudiantes de pregrado.

## **Incidente en un caso**

Departamento y Cátedra y Departamento de Anestesiología  
"Portafolio Reflexivo del Residente"

Dra. Leticia Duarte\*

\* Residente. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina.  
Universidad de la República. Uruguay.

Tutora: Prof. Adj. Dra. Marta Olivera.

Correspondencia: letiduarte16@gmail.com

Paciente de sexo masculino, 39 años, sano, coordinado para colecistectomía laparoscòpica. Previo al ingreso del paciente a la sala se realiza el chequeo rutinario del carro de anestesia, no encontrándose ninguna falla en el mismo. Posterior a la inducción del paciente se ventila bajo máscara sin dificultad. Se realiza intubación orotraqueal en primer intento, sin incidentes. Posteriormente se evidencia aumento de la presión en la vía aérea, volumen corriente de 100ml y silencio auscultatorio bilateral.

Se plantea que el cuadro se deba a que la SOT se encuentra doblada, por lo que se cambia la misma, no presentado cambios en la clínica, se aspira la VA, se plantea un neumotórax bilateral, y se realizan punciones torácicas, siendo estas negativas. Se realiza concomitantemente tratamiento con salbutamol inhalado, hidrocortisona y aminofilina, no presentando cambios en la clínica del paciente.

Luego de 40 min, se plantea trasladar el paciente a SRPA, y al desconectar el paciente del ventilador y pasarlo al ambù, el mismo presenta expansión torácica y MAV bilateral, sin dificultad a la ventilación.

Al analizar el carro, se evidencia que los corrugados presentaban fallas posturales, las cuales no se detectaron durante el chequeo de los mismos, siendo estos los que causaban la resistencia a la ventilación.

A pesar del chequeo rutinario del carro sin fallas, debemos tener en cuenta que los incidentes pueden ocurrir dado que nunca estamos libres de posibles complicaciones. No se pensó en una falla del carro hasta la resolución del cuadro. Dado que se trató de un paciente sano, las medidas terapéuticas instauradas no presentaron mayores inconvenientes.

## **Pre oxigenación. ¿Lo hacemos bien?**

Departamento y Cátedra de Anestesiología  
"Portafolio Reflexivo del Residente"

Dr. Gastón Duarte Estevarena\*.

\* Residente. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Tutora: Prof. Adjunta Dra. Marta Olivera

¿A la hora de pre oxigenar un paciente previo a la inducción, la misma se realiza con la válvula (APL), abierta o cerrada?

Esta fue la pregunta que me llevó a realizar esta revisión bibliográfica, ya que encontré que en la práctica diaria a la hora de pre oxigenar la posición de la APL marcaba una

posición totalmente opuesta entre distintos docentes del Departamento de Anestesiología.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Recopilar información acerca de los diferentes métodos de pre oxigenación y eficiencia de los mismos.

### **OBJETIVO SECUNDARIO**

Realizar un relevamiento de cómo se realiza dicha técnica en la práctica diaria en nuestro país.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó una búsqueda bibliográfica limitada a los últimos diez años que luego amplió al año 2001.

Además envié una encuesta a los integrantes del Departamento de Anestesiología en que pedía se respondiera si utilizaban la APL abierta, cerrada, en posición intermedia o si les era indiferente.

La envié por correo electrónico y una vez enviada espere 15 días por las respuestas para analizar los resultados.

### **RESULTADOS.**

De los cuarenta correos enviados obtuve doce respuestas.

Una sola afirmaba que pre oxigenaba con la válvula cerrada y a su vez aclaraba que no ajusta la máscara facial al paciente. Tres colocaban la válvula en una posición intermedia y a dos, les era indiferente la posición de la misma. Los restantes seis docentes pre oxigenan con la APL en posición abierta.

Referente a la mejor manera de pre oxigenar a un paciente previo a la IOT y en que situaciones hacerlo, se llegó a la conclusión que dado que las situaciones de no poder intubar/no poder ventilar son extremadamente impredecibles y que pre oxigenar a los pacientes es una maniobra segura y sencilla, se debe realizar en todos los pacientes coordinados para cirugía. La misma debe llevarse a cabo con la máscara lo mejor adaptada al paciente que sea posible con el objetivo de alcanzar una FiO<sub>2</sub> lo más cercana a uno posible y con la válvula APL en posición abierta.

# **Errores en la administración de medicación y algunas medidas para evitarlos**

Departamento y Cátedra de Anestesiología  
"Portafolio Reflexivo del Residente"

Dra. Ma. Lorena Dentella Márquez\*

\* Residente. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina.  
Universidad de la República. Uruguay..

Correspondencia: loredente@hotmail.com

Tutora: Profesora Adjunta Dra. Marta Olivera.

## **Objetivo general:**

Crear conciencia de que los errores de administración de medicación existen.

## **Objetivo específico:**

Enumerar algunas pautas a través de revisión de artículos, ajustándonos a nuestra realidad, para evitar dichos errores.

El error en la administración de medicación es frecuente y grave en la práctica de la Anestesiología, ocupa hasta un 28% de los incidentes críticos.

Un error de medicación es considerado como cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios.

Errores más frecuentes:

- En la dilución y la dosificación.
- Confusión de ampollas.
- Inadecuada identificación y/o rotulación de jeringas.
- No doble cotejo.
- Falta de comunicación entre quien prepara el medicamento y/o lo administra con quien lo indica.
- Administración por una vía equivocada.

En un trabajo del Dr. Alan Merry realizado en 1995, en el que separó en grupos a los anestesiólogos según años de experiencia y registró la cantidad de errores de cada grupo, se obtuvo como resultado que el error en la administración de medicación es más común en anestesiólogos ya formados, con experiencia.

La mayoría de los errores no son reportados ni registrados excepto los que llegan a tener consecuencias sustanciales. Esta falta de registro es universal y se relaciona al temor de que dicho acto sea sujeto de sanción.

Dicho sub registro atenta contra la toma de conciencia y una cultura de prácticas de seguridad, así como del desarrollo de políticas dirigidas a evitar estos hechos.

Es importante crear conciencia sobre el tema y en conjunto desarrollar estrategias para que los errores no vuelvan a repetirse.

## **Valoración de la vía aérea en acondroplásicos.**

Cátedra y Departamento de Anestesiología.

“Portafolio Reflexivo del Residente”

Dra. Bernarda Acuña\*

\* Residente. Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: bernardayie@gmail.com

Tutora: Prof. Adj. Dra. Marta Olivera.

El objetivo del trabajo fue aprender a valorar la vía aérea de un paciente acondroplásico, dado que los pacientes que presentan esta patología tienen múltiples dismorfias, muchas de las cuales involucran la vía aérea. Basándome en la bibliografía, conocerlas, para una vez que me enfrente a un paciente con esta patología poder identificarlas y así brindarle la técnica que implique menos riesgos.

Pueden presentar: macroglosia, hipertrofia amigdalina, hipoplasia faríngea y laríngea, hipoplasia de fosas nasales, hipoplasia de maxilar, mandíbula desproporcionada, cuello corto que conduce a la extensión limitada del cuello, cifosis cervical marcada con la fusión de la articulación atlanto-occipital, protrusión frontal, paladar elevado,

implantación anormal de los dientes (maloclusión), depósito de grasa cervical, apnea obstructiva del sueño, obesidad, deformidad torácica, prognatismo, estrechos pasajes nasales .

Aprendí que pueden presentar muchos elementos de vía aérea dificultosa. Las malformaciones son numerosas, la mayoría identificables si el anestesiólogo actuante dedica el tiempo necesario para buscarlas; pero no todos los pacientes con esta patología las presentan. El análisis de la vía aérea debe ser individualizado, valorando cada uno de los elementos que nos puedan generar dificultad en la ventilación e intubación. Ninguno de los predictores nos define que si o si, esa vía aérea generará dificultad, por lo que la sumatoria de diferentes predictores nos llevará a tomar las decisiones.

Tener disponible materiales de manejo de vía aérea dificultosa y en aquellos casos donde la sumatoria de predictores de vía aérea dificultosa lo amerite coordinar FBC.

## **La radiografía de tórax como rutina en el preoperatorio**

Cátedra y Departamento de Anestesiología.

“Portafolio Reflexivo del Residente”

Dra. Patricia Balian\*

\* Residente. Departamento y Cátedra Anestesiología. Facultad de Medicina.  
Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: [patriciabalian@gmail.com](mailto:patriciabalian@gmail.com)

Tutora: Prof. Adj. Dra. Marta Olivera

Se ve frecuentemente, en pacientes tanto de urgencia como de coordinación, que concurren a block quirúrgico con una radiografía de tórax solicitada de rutina, ya sea por el médico tratante, el cirujano de guardia o anestesista. Está demostrado que se encuentran imágenes patológicas en un muy bajo porcentaje de casos, y que los mismos no influyen en el manejo anestésico ni en la morbimortalidad. A su vez, no es un estudio inocuo, tiene costo e implica retrasos en el tiempo quirúrgico. Haciendo una revisión de estudios realizados se llega a la conclusión que no se debe solicitar de rutina, y hacerlo solo en pacientes seleccionados que estén cursando un cuadro respiratorio o cardiovascular agudo que lo amerite, para diagnóstico, tratamiento y control evolutivo.

# Retraso en el despertar

Cátedra y Departamento de Anestesiología.

“Portafolio Reflexivo del Residente”

Dra. Andrea Gastelú Duarte\*

\* Residente (1er año). Departamento y Cátedra de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Tutora: Prof. Adj.Dra. Marta Olivera.

## OBJETIVOS DEL TRABAJO:

- ❖ Identificar un retraso en el despertar.
- ❖ Reconocer factores asociados al paciente y/o al procedimiento anestésico quirúrgico en perioperatorio que puedan determinar un Retraso en el despertar.
- ❖ Poder actuar de forma rápida y ordenada descartando eventuales causas que deriven en daño mayor.

## CASO CLINICO:

71 a, SM, Gastrostomía endoscópica.

AAQ: hacia 2 meses hemiglosectomía, Anestesia General Balanceada sin incidentes.

AP: Cardiopatía isquémica, Hipertensión arterial, Diabetes tipo 2. Tratamiento; dieta hiposódica de diabético, Atenolol 25mg/d, Enalapril 20mg/d, AAS 100mg/d, Atorvastatina 20mg/d.

Examen físico, destaque; vigíl, mal orientado en tiempo, Ventilando espontáneamente al aire por Traqueostomía, Sonda nasogástrica para alimentación enteral. Resto normal. Paraclínica; rutinas, funcional y enzimograma hepático, ECG y RxTx normales, leve trastorno de la crisis.

Se realizó Anestesia General Balanceada. Inducción con; Fentanil 150 gammas, Propofol 200mg, Atracurio 30 mg. Mantenimiento con Sevoflurano, oxígeno y aire. Procedimiento de 2 horas. No incidentes intraoperatorios. El paciente se despertó a los 110 minutos de haber finalizado con agentes anestésicos.

## **PLAN DE APRENDIZAJE**

Compartiendo la definición según Miller; "Incluso tras una cirugía y anestesia prolongada debe producirse una respuesta a estímulos a los 60 – 90 minutos" Por tal motivo definimos el caso como "**Retraso en el despertar**".

Si bien no se pudo identificar la causa exacta, el evento fue un disparador para la búsqueda bibliográfica de causas probables con las cuales se elaboró un Algoritmo de manejo práctico orientado según objetivos planteados.